

## **Termo de Consentimento Informado: Cláusula de Reagendamento e Custos**

### **Reagendamento por Preparo Inadequado**

Caso o exame precise ser interrompido ou cancelado por você não ter seguido as instruções de preparo corretamente, o valor pago **não será reembolsado**. Para que você não precise arcar com o custo total novamente, oferecemos um **desconto de 50%** no valor do exame para um novo agendamento. Este benefício é válido apenas se o reagendamento for solicitado em até **7 dias corridos** a partir da data original do exame.

---

### **Reagendamento por Intolerância sem Anestesia**

Se você optou por realizar o exame sem acompanhamento anestésico e não conseguir tolerá-lo, resultando na interrupção do procedimento, o exame será encerrado. Será necessário um novo agendamento com o acompanhamento de um médico anestesista para que o exame seja concluído. Neste caso, os **custos adicionais** referentes ao serviço de anestesia serão de sua inteira responsabilidade.

---

### **Declaração de Consentimento**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li e compreendi integralmente as informações contidas neste Termo de Consentimento Informado. Estou ciente das condições e dos custos relacionados ao reagendamento e, por livre e espontânea vontade, concordo em me submeter ao exame acima especificado.

Porto Alegre, RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_